Numéro : 10 CENTIMES — N° 96 — 21 Novembre 1896 — 7 FRANCS par An

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ADMINISTRATION —
CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

ABONNEMENTS :
Départements . . . . . 7 fr.
. . . . . 10 fr.
ements partent du commencement de chaque mois.
RUE RACINE, Paris

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
E. DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

— RÉDACTION —
E. DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
F. JAYLE, Secrétaire

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

IE FACIALE ET POULS LENT PER-
T, par M. E. BRISSAUD 633

ANALYSES

: De la valeur des cylindres urinaires pour le
ic de l'albuminurie, par M. BARD 635
: Recherches sur le caséinate d'aldéhyde
par M. E. BOHL 635
ie et Gynécologie : Traitement du pla-
via, par M. E. WELTI 635
des enfants : De quelques lésions viscérales
nfants morts de diphtérie, par M. MOISSEYEF . 635
e et Psychiatrie : Sur quelques faits et
nouveaux concernant la pathologie de la cel-
use, par M. LUGARO 635
ologie : Traitement des atrophies du nert
r des injections profondes d'antipyrine, par
. 635

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

e des membres : Traumatisme grave
ons très complexes du genou. Réduc-
l'arthrotomie, des parties luxées. Gué-
rfaite, M. J. REBOUL. — Du traitement
ures de la clavicule, M. FÉVRIER. — Nou-
itement de la coxalgie par l'arthroto-
DELAGENIÈRE. — La coxalgie doit guérir
ser de boiterie, M. CALOT. — Sur un
racture simple et sans déplacement de
ère phalange du gros orteil par cause
, M. INGLESSIS. — Associations de né-
de l'hystéro-traumatisme, M. MOTY. —
néoplasme congénital fibro-papilloma-
a plante du pied traité par l'abrasion,
. — Nouvelle contribution à l'étude du
nt non sanglant de la luxation congéni-
hanche (méthode de Lorenz), M. COU-
Luxation intra-coracoïdienne, datant de
is. Résection de la tête humérale. Luxa-
uratrice de la hanche droite, ankylose
lexion. Ostéotomie transversale vers la
périeure du grand trochanter, M. CHÉ-
Deux cas de septicémie gazeuse, M.
. — Luxation du coude en arrière ; em-
ment consécutif du nerf cubital luxé
anneau fibreux cicatriciel, M. POTHERAT. 636

HY-CÉLESTINS
MELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.
NAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel
ADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
UES — *Guérit l'Estomac.*
MOISAN COCA & KOLA
LE MÊME SALICYLÉ
Intestin., Diarrhées, Sueurs nocturnes des Phtisiques.
r au Todd et à la Potion cordiale dans tous les cas.
phosphate de chaux Freyssinge.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Du rein mobile et son traitement par la réfection du plancher pelvien, M. BAZY. — De l'intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation au cours de la fièvre typhoïde, M. CH. MONOD. M. ROUTIER. — Kyste séreux multiloculaire congénital du cou. Ouverture et marsupialisation. Guérison, M. WALTER. MM. QUÉNU et KIRMISSON. — Traitement du prolapsus du rectum, M. SCHWARTZ. M. NÉLATON. — Péritonite généralisée consécutive à une salpingite à pédicule tordu, au cours d'une grossesse. Laparotomie. Guérison avec continuation de la grossesse, M. HARTMANN. —Anus contre nature. Cure radicale par l'emploi du bouton de Murphy, M. ROCHARD. — Calculs du rein et néphrolithotomie, M. TUFFIER . . . . . CDXIV

Société anatomique : Péricardite à forme d'angine de poitrine, M. LÉON BERNARD. — Epithélioma tubulé du corps thyroïde propagé au larynx et à la trachée, MM. MERMET et LACOUR. — De l'action des muscles sur la forme des os, M. RÉGNAULT. — Kyste lymphatique du pli de l'aine, M. R. MESLAY. — Sarcome à myéloplaxes, R. MESLAY. — Dégénérescence graisseuse du foie, M. CH. LÉVY. — Microcéphalie, M. CH. LÉVY. — Hématocèle rétro-utérine, M. GUINARD. — Empoisonnement par l'ammoniaque ; expulsion d'un tube de muqueuse œsphagienne, MM. A. GILBERT et A. GRENET. — Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde ; suture, M. VANVERTS. — Lithiase biliaire au cours de la fièvre typhoïde, M. MILIAN. — Epithélioma du cholédoque, MM. GRIFFON et DARTIGUES. — Cancer de l'intestin, M. BERTHERAND. . . . . CDXVI

Société de thérapeutique : Considérations sur la richesse alcoolique des boissons usuelles et de diverses préparations pharmaceutiques, M. YVON . . . . . CDXVII

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Ulcérations térébrantes de la verge, MM. DU CASTEL, FOURNIER et DARIER. — Acanthosis nigricans, MM. TENNESON et DU CASTEL. MM. DARIER, BROCQ, JACQUET, TENNESON, DARIER, JACQUET. — Pemphigus et maladie de Duhring avec troubles nerveux et arthropathies, MM. GAUCHER et GASTOU. — Artrhopaphie syphilitique et un cas d'érythrodermie præmycosique, M. DANLOS. — De l'origine myélopathique des pemphigus, M. GASTOU. — Hérédosyphilis. Lésions fessières de nature indéterminée, M. DU CASTEL. MM. FEULARD, FOURNIER et JACQUET, BESNIER, FOURNIER, WICKHAM. — Nævus acnéique unilatéral en bandes et en plaques, M. G. THIBIERGE. — Un cas d'urticaire pigmentaire, MM. DUBRISAY et G. THIBIERGE. — Collodion à l'huile de cade, M. GAUCHER. — Deuxième note sur un cas typique de lichen scrofulosorum, MM. H. HALLOPEAU et BUREAU. — Deuxième note sur un mycosis fongoïde, MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU. — Sur un nouveau cas de l'affection dite folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose, MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU. — Sur un lichen-plan limité à la muqueuse buccale, MM. HALLOPEAU et SCHRŒDER. MM. FOURNIER et WICKHAM. . . . . CDXVII

Société médico-chirurgicale : Ozone et coqueluche, MM. LABBÉ et OUDIN . . . . . CDXVIII

Soixante-huitième réunion des naturalistes et médecins allemands . . . . . CDXIX

Répertoire thérapeutique. . . . . . CDXIX

APENTA

Comment on doit employer les eaux purgatives naturelles.

Il existe encore une certaine incertitude dans le corps médical sur le meilleur moyen d'employer les eaux minérales purgatives. Cela tient surtout à la différence que présentent ces eaux dont l'action est essentiellement variable. Certaines eaux espagnoles contiennent plus de 100 grammes de sulfate de soude par litre, tandis que certaines eaux hongroises n'en contiennent que 15 à 20 grammes; mais ce n'est encore rien. On conçoit facilement que des sources différentes ne se ressemblent pas entre elles; mais ce qui est plus étrange, c'est que la même eau présente, par rapport à elle-même d'énormes variations. Le médecin qui prescrit telle eau est surpris de voir qu'il n'obtient aucun résultat avec un verre à bordeaux; la même dose de la même eau produira, une autre fois, des effets beaucoup trop violents.

C'est cette inégalité de composition qui a créé l'incertitude que nous signalions. Rien n'est en effet plus pénible pour le praticien que de ne pas pouvoir compter sur la constance d'un médicament.

Une eau minérale purgative dont la composition est toujours égale, doit donner un résultat lorsqu'elle est prise le matin à jeun à la dose d'un verre à bordeaux; mais il faut pour cela employer une eau absolument constante dans sa composition et ses effets.

L'eau d'*Apenta*, qu'on peut considérer comme le type des eaux purgatives naturelles est, sous ce rapport, absolument irréprochable. Exploitée sous la surveillance de l'Institut chimique de Buda-Pest (Ministère de l'Agriculture) elle présente toutes les garanties de pureté désirables, et elle est surtout constante dans sa composition. M. Girard, qui en a examiné plus de dix spécimens n'a pu constater aucune variation appréciable. *C'est donc à l'eau d'Apenta que le praticien doit donner la préférence*, il obtiendra ainsi toujours les mêmes effets avec les mêmes doses.

HOPITAUX

Mutations dans les hôpitaux. — Les mutations sont définitivement arrêtées de la façon suivante :

MM. Balzer, à Saint-Louis; Barth, à Necker; Oulmont, à la Charité; Renaut, à Ricord; Brocq, à Broca; Comby, aux Enfants-Malades: Hirtz, à Laënnec; Richardière, à Trousseau; Galliard, à Saint-Antoine; Delpeuch, à Cochin; OEttinger, à Broussais; Le Gendre, Giraudeau, Achard, à Tenon; Lebreton, à Sainte-Périne; Widal, à La Rochefoucauld; Darier, Thoinot, à Dubois.

Concours de l'Internat.

ANATOMIE.

18 Novembre. — Arnoux, 4. — Ratynski, 6. — Hugé, 7. — Robert, 8. — Soubervielle, 9. — Fernique, 10. — Courtois, 10. — Desjardins, 12. — Mauger (Noël), 12. — Mauger (Adrien), 13. — Stanculéanu, 13.

19 Novembre. — Milhiet, 8. — Levesque, 9. — Nicaise, 10. — Lutzgarden, 11. — Legay, 11. — Labey, 12. — Hauser, 13. — Lereboullet, 14.

PATHOLOGIE.

20 Novembre. — MM. Stanenbanu, 12. — Ternique, 11. — Hugé, 10. — Mauger (N.), 13. — Mauger (Ad.), 13. — Courtois, 8. — Robert, 10. — Nicaise, 12. — Lereboullet, 14.

ANATOMIE.

20 Novembre. — MM. Pauly, 10. — Genné, 11. — Tournié, 12. — Rudaux, 13. — Malartie, 13. — Gauchery, 9. — Cugnin, 10, Bernard, 12. — Monthus, 13. — Nollet, 12. — Pedeprade, 14. — Dardel, 13.

Prochaines séances. — ANATOMIE : *Samedi* 21 *Novembre* à 5 heures. — PATHOLOGIE : *Lundi* 23 *Novembre* à 5 heures.

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
VIN DE BUGEAUD. Quina et Cacao.
PEPTONE CATILLON, agréable dans grog, lait, bouillon.
ELIXIR Alimentaire DUCRO Réveille l'appétit Rétablit les forces
Soutient l'organisme même à défaut de nourriture. Paris, 20, Pl. des Vosges et Phies.
BIARRITZ THERMES SALINS — Sources chlorurées sodiques fortes, bromo-iodurées, à 24° de salure. Lymphatisme, Tuberculose ganglionnaire et osseuse. Rachitisme. Mal. de l'enfance et de la femme.
COTON IODÉ DU Dr MÉHU
AMPOULES BOISSY AU NITRITE D'AMYLE (Angine de poitrine)

Concours de l'Externat.

ANATOMIE.

19 Novembre. — DESCRIPTION MACROSCOPIQUE ET RAPPORTS DE L'ŒSOPHAGE. — MM. Cresson, 18. — Chazet, 16 1/2. — Coutelas, 13. — Colin, 12. — Lacoste, 15. — Mage, 5. — Mahoudeau, 8. — Juy, 12. — Lutiar, 18. — Mathieu H., 12. — Mallet Joseph, 16. — Legros, 10. — Mareschal, 8. — Lhermitte, 16. — Legrand, 13. — Maillard G., 15 1/2. Lévy Georges, 8. — Loiselet, 17.

PATHOLOGIE.

18 Novembre. — DE LA SIGNIFICATION CLINIQUE DES DIFFÉRENTS RÂLES DANS LES MALADIES DES BRONCHES ET DES POUMONS. — ML. Potiez, 14. — Perrier, 14. — Pourier de Clisson, 14 1/2. — Podevin, 14 1/2. — Picard, 15. — Niguay, 16. — Menard, Max, 17. — Popbillat, 16. — Menuisier, 17 1/2. — Plantard, 17 1/2. — Morisseau, 17 1/2. — Ripart, 17 1/2. — Philippe, 18 1/2. — Roger, René, 19.

19 Novembre. — AVEC QUOI PEUT-ON CONFONDRE L'ASCITE. — MM. Pichardie, 9. — Pied, 17. — Pellago, 18. — Pellizza, 13. — Perin, Jean, 13. — Neviajsky, 19. — Nicolas, 12. — Nendelsshon, 16. — Michel Fr., 15 1/2. — Monjauze, 13. — Rigollot-Simonnot, 19 1/2. — Ribadeau-Dumas, 17. — Rigal, 11. — Quentin, 12. — Petitjean, 14. — Phillipon, 17. — Nau, 19. — Narbonne, 19.

20 Novembre. — SIGNES DE LA SYPHILIS. — MM. Pigot, 18. — Philibert, 17 1/2. — Morisetti, 16. — Petit, 17 1/2. — Perrot, 14. — Noraud, 20. — Grosse, 16 1/2. — Gardner, 15 1/2. — Ferry, 17 1/2. — Sonnet, 12. — Fassina, 15 1/2. — Guénard, 19. — Guibal, 19. — Figueira, 13. — Mlle Enitz, 13. — Fildermann, 14. — Aboulker, 15.

Prochaines séances. — ANATOMIE : *Samedi* 21, à 4 h. 1/2 et *Dimanche* 25, à 9 h. 1/2 du matin. — PATHOLOGIE : *Lundi*, 23 Novembre à 4 h. 1/2.

NOUVELLES

Société de chirurgie de Paris. — *Ordre du jour de la séance.* — *Discussion* : Sur l'intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation intestinale dans la fièvre typhoïde (MM. Brun, Terrier, Monod).

Rapports : Sur le traitement chirurgical des otites moyennes chroniques (M. Moure), par M. Peyrot.

Communication : 1° Sur un cas de carcinome primitif du foie, par M. Segond ; 2° Sur la valeur de l'amputation du pied par le procédé de Syme, par M. Potherat.

CORRESPONDANCE

Nous recevons, avec prière d'insérer, la note suivante que nous adresse M. le docteur Picqué :

A PROPOS D'UNE CIRCULAIRE ADMINISTRATIVE

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux ont, pour la plupart, pris l'habitude de signer, le plus souvent sans les lire, les circulaires que, de temps à autre, le Directeur général de l'Assistance publique porte à leur connaissance par l'intermédiaire des directeurs d'hôpitaux. Pour ma part, je n'ai jamais procédé différemment, je l'avoue bien sincèrement. Il y aurait cependant tout intérêt à étudier scrupuleusement ces circulaires, d'autant mieux que leur lecture permettrait de relever et par conséquent d'éviter bien des erreurs administratives.

Si je prends la liberté respectueuse de donner un conseil à mes collègues des hôpitaux, c'est qu'il s'est passé récemment un fait regrettable dans mon service de la maison Dubois, et cela à la faveur d'une circulaire que mes collègues ignorent probablement comme je l'ignorais moi-même, mais que j'ai eu la curiosité de lire après coup.

Voici d'abord le fait : Le 16 Septembre, entre dans mon service une femme présentant des phénomènes de cornage qui, a défaut d'un diagnostic précis et difficile en l'espèce, indiquaient d'une façon formelle la trachéotomie. Cette opération fut pratiquée, sur mon ordre, par l'interne de garde; la malade succomba peu d'heures après. N'étant nullement renseigné sur la cause de la maladie, malgré l'examen minutieux auquel je m'étais livré, j'usai du droit imprescriptible qu'a tout médecin traitant et je refusai de signer le bulletin de décès.

Je dois faire remarquer que, par un arrêté préfectoral daté du 19 Mars 1881 et signé Hérold, nous sommes, en qualité de médecins et chirurgiens des hôpitaux, nommés médecins de l'état civil dans les hôpitaux auxquels nous sommes attachés ; et, qu'en conséquence, notre refus doit être assimilé à celui des médecins chargés officiellement du service des décès en ville. C'était donc, pour moi, dans le cas particulier, sur un droit légal que venait s'appuyer un devoir de conscience.

Ce refus de signature devait entraîner à l'hôpital les mêmes conséquences qu'en ville.

A Paris, le médecin qui refuse de signer un décès — ou le directeur de l'hôpital, s'il s'agit d'un médecin des hôpitaux — doit en aviser l'autorité judiciaire, qui prévient à son tour le service de la Morgue.

L'autopsie, demandée par le parquet, est alors pratiquée par les soins des médecins chargés des autopsies judiciaires. Elle aboutit soit au permis d'inhumation régulière quand elle est négative, soit à l'ouverture d'une instruction judiciaire.

C'est ainsi que j'ai toujours vu les choses se passer dans tous les hôpitaux.

Or, M. le Directeur général a *changé cela* de son autorité et, d'un trait de plume administrative, a bouleversé toute la jurisprudence.

En effet, le lendemain du jour où je refusai ma signature, le très aimable directeur de la maison Dubois m'annonça qu'il avait fait prévenir un médecin de l'état civil pour donner en mon lieu et place la signature que je venais de refuser. Je m'étonnai et lui demandai des explications. Il invoqua une circulaire récente. Craignant une erreur de sa part, je lui demandai communication de cette pièce, qu'il ne put me fournir. Je me mis à la recherche de ce document que voici :

N° 5554. Paris, le 18 Avril 1896.

Le Directeur général de l'Assistance publique.

Monsieur le Directeur,

M. le Procureur de la République près le tribunal de la Seine m'a récemment signalé une plainte au sujet d'un retard apporté dans l'inhumation d'un malade décédé à l'hôpital de la Pitié, par suite du refus du médecin-chef de service à signer la déclaration de décès.

Ce retard provenait de ce que l'hôpital en question, au lieu d'en référer à l'officier de l'état civil de l'arrondissement, avait cru devoir en référer au commissaire de police.

Comme il importe que les délais légaux ne soient jamais dépassés pour la déclaration de décès, je vous prie de vouloir bien, si pareil incident venait à se produire dans votre établissement, aviser directement du décès et du refus de signature de la déclaration M. le maire de votre arrondissement, *en vue de la réquisition à toutes fins utiles d'un médecin de l'état civil.*

Signé : PEYRON.

Que M. le directeur général demande d'aviser le maire de l'arrondissement au lieu du commissaire de police, peu importe; mais la dernière phrase de sa circulaire, que j'ai tenu à mettre en italique, démontre : 1° Qu'il n'a tenu absolument aucun compte des règlements administratifs en ce qui nous concerne, et en particulier de l'arrêté de M. Hérold du 19 Mars 1881, qui institue les médecins et chirurgiens des hôpitaux médecins de l'état civil ; 2° Qu'il ne s'est nullement inspiré (fait plus grave) des principes de médecine légale que tout médecin doit posséder ; 3° Qu'il est au moins singulier d'opposer l'opinion d'un médecin qui ne sait rien d'un malade à celle d'un médecin traitant, qui a suivi et parfois opéré ce malade.

En somme, cette circulaire heurte à la fois les règlements administratifs, la jurisprudence médico-légale, et aussi, ai-je besoin de le faire remarquer, les convenances vis-à-vis du corps médical des hôpitaux.

La suite de mon histoire est intéressante et vaut la peine d'être contée.

Ayant appris que la famille du malade autorisait l'autopsie, j'engageai le directeur de l'hôpital à prévenir le médecin de l'état civil que sa présence n'était plus nécessaire. Heureusement, ce dernier ne put être prévenu à temps et vint à l'hôpital. Très aimablement, il me demanda des explications. Je dois dire que son attitude fut celle d'un homme fort au courant de ses devoirs professionnels. Il s'étonna beaucoup « du conflit » qu'on faisait naître entre deux médecins de l'état civil. Je lui en donnai les raisons. Il me répliqua par l'arrêté préfectoral du 19 Mars 1881. Je lui fis part de l'autorisation de la famille. Dès lors, la question paraissant jugée pour nous deux, il prit congé de moi.

Je dis « paraissant », car le service de la mairie déclara que mon refus de signer équivalait à un désistement de ma part et que je n'avais plus qualité pour pratiquer l'autopsie, qui fut dès lors confiée à l'autorité judiciaire.

Telle a été, finalement, la conséquence de cette fameuse circulaire du 18 Août, contre laquelle je demande à tous mes collègues des hôpitaux de protester.

Et pour ma part, je tiens également, en terminant, à protester hautement contre la prétention d'un employé subalterne de mairie qui s'arroge le droit d'interpréter la loi d'une façon si abusive et si contraire à la déférence à laquelle a droit le corps médical.

LUCIEN PICQUÉ,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANT

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

11 Novembre 1896

Du rein mobile et son traitement par tion du plancher pelvien. — **M. Bazy.** traitement du rein mobile et de la néphr obéir à des indications différentes est une banale, mais qui ne paraît se vérifier qu'en j'en juge d'après ce qu'il m'a été donné de v

Si, dans une ptose plus ou moins étendue des viscères abdominaux, le rein peut quelqu per la première place par l'intensité des sym provoque son déplacement, il n'en est pas que le déplacement des autres viscères entr bonne part dans le consortium pathologique, loir s'adresser uniquement au rein, c'est s'exp tiplier les opérations au grand discrédit du et peut-être de la chirurgie.

La ptose rénale peut s'observer dans les blesse du plancher pelvien et dans des condi que le rein attire seul l'attention des malades decin.

J'ai eu l'occasion d'observer deux faits d qui remontent à plus de deux ans et ont subi quent l'épreuve du temps; c'est pourquoi indifférent de les publier actuellement.

M. L..., trente-cinq ans, m'est adressée le 5 F à l'hospice de Bicêtre dont j'étais le chirurgi étant atteinte de rein mobile douloureux. Le appliquées à cette femme n'ayant déterminé a lioration, son médecin pensait avec juste rai pouvait et devait bénéficier de la néphropexie

Au moment de son examen, mon interne le renseignement fourni par le médecin traita n'avoir affaire qu'à un rein mobile, ne fut pas ment surpris quand la malade, au lieu de so présenta la partie la plus inférieure du tron voir une énorme tumeur qui descendait entr en prolongeant le dos. Cette tumeur est certai des plus beaux échantillons que l'on puisse photographie qu'on en a prise, elle paraît p grosse que la tête de la malade. Il est vrai q photographie la tumeur est au premier plan dernier, le tronc étant vu en raccourci. E 18 centimètres de long et 14 de diamètre. F peu ovoïde, pas pédiculée. Vers le sommet de mais en arrière de l'axe longitudinal, on voi à direction transversale : c'est la lumière du face antérieure est plus bombée que la face p elle est sonore et bombée : elle contient les a tinales qu'on réduit; il y a donc de l'hédrocé queuse est rouge, un peu tomenteuse, mais n Cette tumeur est réductible assez facilement.

Mais ce qui est encore plus facile et même blement facile, c'est d'introduire la main da bassin à la suite de la tumeur qui rentre.

Le sphincter anal est donc considérablemen c'est un des points qui m'ont le plus frappé, dilatation qui m'a paru constituer une des opératoires les plus importantes.

Il me sembla, dès ce moment, que la n était secondaire et que c'était au plancher effondré, absent, à la perte totale de ce so fallait remédier, le reste n'étant qu'accessoire que je m'efforçai de réaliser, négligeant le re

Quoi qu'il en soit, le prolapsus se reprodu plus grande facilité; le plus petit effort, la si tion debout suffisent à le ramener. Aussi porte-t-elle constamment une serviette de s périnée.

Il nous a été difficile de connaître la cau déformation. La malade nous dit qu'elle a c depuis l'âge de dix-sept ou dix-huit ans, qu'elle osé en parler, et, en fait, elle n'en avait jamais dernier médecin, à qui elle s'était plainte seu douleurs dans les reins, ce qui l'avait conduit à et à reconnaître qu'elle avait un rein mobile

Nous avons, nous aussi, constaté l'existence néphroptose mobile et réductible. En raison d'épaisseur des parois abdominales, il nous a d'en suivre les caractères. Le rein descendait dans la fosse iliaque : on pouvait le sentir et presqu'en entier dans la main : il ne paraissait menté de volume. Quoique douloureux, on le facilement, et il disparaissait complètement rebord costal.

J'insiste sur tous ces points, parce que, après tion, et une fois le résultat opératoire acquis, ce lité du rein a disparu, et il nous a été impo le sentir.

Cette opération avait pour unique but la ré plancher pelvien. Elle a consisté en une *rectop* et une *sphinctéorraphie postérieure*. C'est ad sphinctérroraphie que j'attache la plus grand tance : il m'a semblé qu'avec un prolapsus comme celui-ci, il fallait surtout s'attacher, non à soutenir et fixer le rectum, qu'à refaire un solide sur lequel les viscères pelviens pussent et non passer au travers.

l'opération que j'ai pratiquée le 14 Février 1894.
contournant les 3/5 postérieurs de l'orifice anal
2 centimètre de la muqueuse anale, de façon à
ir le sphincter externe dont les fibres sont amin-
dissociées. Du milieu de cette incision part une
médiane qui remonte à 5 centimètres au-dessus
yx et passe à gauche de cet os et du sacrum (le
bord gauche). On dénude le rectum dont on
les fibres blanches jusqu'à 5 centimètres au-
le la pointe du coccyx, on l'attire en bas autant
ut, et l'on passe cinq points de suture verticaux
ant 1 centimètre et demi environ du rectum, le
ant introduit dans son intérieur pour empêcher
de perforer la muqueuse; les fils sont tirés
part à la face antérieure du coccyx et du sa-
In de ces points est du côté droit, les quatre
ont à gauche; ils sont étayés de haut en bas.
's inférieurs des deux avant-derniers fils, au lieu
nter directement pour se nouer avec le chef
r, vont d'abord passer transversalement sur
idue de 3 centimètres environ de façon à rétrécir
salement le rectum. Les fils sont liés, puis, par
t au catgut, on rapproche les extrémités de l'in-
mi-circulaire péri-anale et, par suite, les extré-
sphincter. Le surjet est à double étage. Cela fait,
t au catgut affronte plus haut les parties pro-
Suture de la peau au crin de Florence, tout au
e de l'anus, où on continue par des points au
L'incision mesure maintenant 15 centimètres de
nsement iodoformé; on met une gaze iodofor-
s le rectum.

trois semaines, je remarque que le sphincter
encore un peu lâche et je décide de le resserrer
nouvelle sphinctérorraphie.

me opération, le 12 Mars 1894. Avivement secon-
sphinctérorraphie postérieure; à la suite de la
opération, il était resté à la partie postérieure
une surface bourgeonnante en forme de crois-
sphincter était encore très lâche. On se propose
récir. Pour cela, on gratte à la curette les bour-
arnus, aux deux extrémités du croissant, on
on dédouble les bords de l'orifice sur une éten-
centimètre et demi, à partir de chacun des coins
ant. Après cela, on fait de même le long de la
diane, à partir de la partie moyenne de ce crois-
incision médiane et un décollement de façon à
le tissu sur la ligne médiane. Après, on place les
versalement de bas en haut.

la malade quitta l'hôpital, elle était en bon état.
urs reprises, quand elle était couchée, et plus
nd elle a été levée, nous avons cherché son
l'était plus perceptible; il n'était plus doulou-

ii avons néanmoins donné une sangle; mais elle
dû la porter longtemps : car j'ai appris que,
temps après, elle accouchait *prématurément*,
is et demi ou sept mois. (Quand elle a quitté
elle était déjà, paraît-il, enceinte de deux mois;
t bien gardée de nous le dire).

hincter avait résisté aux efforts de cet accou-
Le résultat s'est-il maintenu depuis deux ans ?
à le croire. J'aurais voulu avoir des nouvelles
mais cela m'a été impossible.

cas de rein mobile traité par la réfection du
st celui de la sœur d'un de nos confrères et
vint me consulter il y a deux ans environ
ein mobile douloureux. Cette dame avait deux
l'un de treize ans, l'autre de onze ans.

ait un assez notable embonpoint, surtout au
la paroi abdominale : néanmoins, il était assez
sentir son rein descendre et remonter et de le
ntre les doigts.

uffrait du flanc droit, des reins, mais aussi du
acrum, de sorte que mon attention fut porté du
organes génitaux et je constatai un périnée
ne cystocèle assez prononcée et un prolapsus
t de l'utérus.

des ceintures n'avait pas suffi à la soulager
ment, car elle ne pouvait que soutenir la
dominale grasse et ballotante; au lieu de m'a-
u rein, je fis une élytrorraphie antérieure et une
néorraphie. Je fis en outre porter une ceinture
remédier à la flaccidité de la paroi abdominale.
ltat ne se fit pas attendre. Cette dame, qui ne
lus marcher pendant 100 mètres sans souffrir
bligée de se reposer, peut aujourd'hui faire des
ssez longues, et qui ne sont interrompues que
igue des jambes.

ux exemples m'ont paru assez typiques pour
alés; j'espère qu'ils attireront l'attention sur
analogues qui doivent être plus communs
le suppose.

18 Novembre 1896.

**ntervention chirurgicale dans les péri-
par perforation au cours de la fièvre
e. — M. Ch. Monod.** Après avoir déposé sur
u une observation dont le résumé a été déjà
iqué à l'Académie de médecine[1], M. Monod y
remarques suivantes :

J'ai, à propos de cette observation, cherché à me rendre compte des résultats que semblable intervention avait donnés jusqu'à ce jour.

Leyden, le premier, en 1884, émit l'idée qu'il pourrait être utile d'agir chirurgicalement dans les cas de perforation intestinale survenant au cours d'une fièvre typhoïde. La même année, Mikulicz mit ou crut mettre ce conseil en pratique; son opéré guérit. Je dis *crut mettre*, car, dans ce cas, il n'est pas certain que le malade fût atteint de fièvre typhoïde. Il n'en était pas de même chez celui de Lücke, opéré trois ans plus tard (1887); ici la fièvre typhoïde n'était pas contestable. Le malade mourut.

Louis, auquel j'emprunte ces détails, a publié dans le *Progrès médical*[1], en 1890, une première revue sur ce sujet; il réunit 11 observations (celle de Mikulicz mise à part). Van Hook[2], à propos d'un cas heureux qui lui est personnel, en rassembla 19 semblables avec 4 guérisons : proportion de succès, comme je le montrerai, beaucoup trop forte, et qui ne peut s'expliquer que par une critique trop peu sévère des cas publiés.

Pearce Gould[3] et Parkin[4] sont évidemment moins faciles à contenter, puisque, à trois ans de là, ils arrivent, avec un total l'un de 18, l'autre de 20 cas; l'un et l'autre avec une seule guérison.

Mais voici que, la même année que Parkin, (1895) le chiffre total des opérations s'élève avec Abbe[5] à 24 et celle des guérisons à 6.

De pareils écarts, se rapportant à des faits semblables, ne peuvent évidemment tenir qu'à une appréciation différente de la valeur des observations.

Notre collègue, M. Lejars[6], dans sa statistique reproduite par M. Dieulafoy à l'Académie de médecine (27 Octobre 1896), l'a bien senti. Lui aussi groupe 25 cas en tout, avec un chiffre apparent de 6 guérisons. Mais il reconnaît que, sur ces 6 cas heureux, 3 seulement sont de nature à ne pas prêter à discussion.

Et encore, parmi ces trois cas qui sont seuls retenus, il en est un, celui de Netschajew et Trojanow[7], dans lequel le diagnostic porté de fièvre typhoïde est peut-être discutable.

Je vous en fais juge. Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, pris subitement d'une douleur violente de l'abdomen avec sensation de faiblesse, à la suite de quoi se développent tous les signes d'une péritonite aiguë généralisée. On le transporte à l'hôpital, où le diagnostic de perforation intestinale est porté et où Trojanow l'opère dix-sept heures après le début des accidents. On trouva une perforation à 20 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale. Comme on ne découvrit aucune autre cause de perforation, comme le malade disait être souffrant depuis trois semaines, on porta par exclusion le diagnostic de fièvre typhoïde (typhus ambulatorius). Mais je fais remarquer que l'on ne paraît pas, dans ce cas, avoir observé, au cours de l'opération, les lésions si caractéristiques et ordinairement si évidentes de la fièvre typhoïde (tuméfaction des plaques de Peyer sensibles et souvent visibles dans l'épaisseur de la paroi intestinale) et, d'autre part, que, comme M. Letulle l'a fait remarquer, et comme j'ai eu moi-même occasion de le voir, il existe, en dehors de la fièvre typhoïde, des cas de perforation de l'intestin dont le mécanisme demeure mal connu.

J'ai discuté un peu longuement cette observation, parce qu'elle compte parmi les principaux faits compris à l'actif de l'intervention dans les cas qui nous occupent.

M. Houzé, par exemple, l'auteur d'un excellent et tout récent travail sur *l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spontanée*, tout en reconnaissant que l'observation de Netschajew et Trojanow manque un peu de précision et qu'il serait, à la rigueur « permis d'élever des doutes sur la nature de l'accident, ne la compte pas moins dans le relevé qu'il fait des laparotomies » pour péritonite par perforation de la fièvre typhoïde. Il arrive à un total de 28 cas avec 6 guérisons.

J'ai fait, de mon côté, avec le concours de mon excellent interne M. Vanverts un relevé semblable, comprenant quelques faits connus depuis la publication du travail de M. Houzé, ce qui porte le nombre des cas à 32, avec un chiffre de guérisons réduit à 5, parce que je défalque l'observation de MM. Netschajew et Trojanow.

Ces cinq cas de guérisons sont eux-mêmes loin d'avoir tous, au point de vue de l'enseignement à en tirer, semblable valeur.

Voici par exemple, les cas de Murphy. Nous ne possédons à leur sujet qu'une courte mention. C'est au cours d'une séance de l'association de gynécologie et d'obstétrique, en Septembre 1895[8], à la suite d'une communication de M. Laidley, sur le traitement chirurgical de la perforation typhoïdique que « M. Murphy rappelle un succès obtenu par M. Ill, chez un malade atteint de cette complication et rapporte lui-même des cas dans lesquels il est intervenu avec succès ».

C'est aussi au cours d'une discussion sur les péritonites par perforation, au XVIIIe Congrès de chirurgie allemand, en 1889[1], que Wagner rapporte, en quelques mots, qu'il a obtenu par laparotomie la guérison d'un malade atteint de perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde, parvenue à la période de convalescence.

Des observations ainsi rapportées sont évidemment insuffisantes. Non, qu'on l'entende bien, que je conteste la valeur d'affirmations données par des hommes tels que Murphy et Wagner; mais, lorsqu'il s'agit d'une intervention aussi grave que celle qui est en jeu, et dont la portée est et doit être discutée, il faut évidemment, pour aider le chirurgien à prendre un parti, des documents plus précis, et cela, d'autant plus, qu'il s'agit de cas où la guérison, si rare de l'aveu de tous, a été obtenue. Restent encore deux cas de guérison. Ceux-ci ne sont pas contestables, ils appartiennent à Van Hook (1891) et Abbe (1895)[2].

Il est à remarquer que la malade de Van Hook[3] a été opérée comme celle de Wagner, à la période de convalescence, trente-sept jours après le début de la maladie et dix heures après celui des accidents de perforation, circonstances favorables sur l'importance desquelles j'aurai à revenir.

Il n'en était pas de même chez l'opérée de Abbe. Elle n'était qu'à trois semaines du début de la maladie, dans une période d'accalmie, il est vrai, qui faisait espérer qu'elle entrait en convalescence, lorsque, brusquement, survinrent des accidents graves que l'on songea à rapporter à une perforation. Ce ne fut que deux jours et demi plus tard, et à la suite d'une exacerbation de ces phénomènes graves, que le chirurgien fut appelé et opéra sur-le-champ.

A ces faits heureux, je pourrais ajouter celui de Ferraresi (1895), mais je n'en possède que le titre : *Laparotomie pour péritonite par ulcération typhique, résection partielle de l'intestin; guérison*. Il m'a été impossible jusqu'ici de me procurer l'original. Jusqu'à plus ample informé, ce fait doit donc rester hors de la discussion.

Cette discussion des faits, quelque aride qu'elle soit, était nécessaire pour montrer qu'il ne faut pas accepter en bloc et sans examen les résultats annoncés dans les relevés publiés jusqu'ici.

Je n'en conclue pas cependant, quelque peu nombreux que soient les cas certains de guérison, que l'intervention chirurgicale dans les péritonites par perforation typhique soient dores et déjà condamnables.

Il est, du moins, un point absolument acquis et qui ressort de l'examen de toutes les observations que j'ai dépouillées, c'est que la découverte de la perforation et la suture de l'intestin malade sont choses non seulement possibles, mais excessivement faciles, que, de plus, cette suture est efficace, en ce sens que l'on a pu constater dans toutes les autopsies que la perforation était bien et dûment obtenue. Mais ce n'est là, malheureusement, qu'un des moindres côtés de la question.

Vous savez les objections que l'on fait à l'action chirurgicale en pareil cas.

Vous opérez, nous dit-on, un malade déjà épuisé par quinze, vingt, vingt-cinq jours d'une affection grave, dépérissante au premier chef, et cela dans l'état de collapsus où le jette le fait même de la perforation. Rien de plus juste, assurément, en théorie. Mais tous les malades ne se présentent pas dans cet état alarmant. C'est à nous de n'agir que si le malade nous paraît en état de supporter l'intervention.

Second point : l'irruption des matières intestinales dans le péritoine à travers la perforation est tellement rapide et abondante, que la péritonite se généralise presque aussitôt et rend toute intervention inutile. On pourrait argumenter, de même, contre toute opération motivée par une perforation des voies digestives : ulcères de l'estomac et du duodénum, appendicite ulcéreuse, plaies pénétrantes, etc. Je ne tire de ce fait, exact lui aussi, que cette conclusion, à savoir qu'il importe d'agir vite, le plus tôt possible après le début des accidents.

Troisième objection, plus grave assurément. Les perforations chez les typhiques sont rarement uniques comme les lésions (ulcérations des plaques de Peyer) qui y donnent lieu, ou, du moins, il est à craindre, qu'au niveau d'une plaque de Peyer voisine de celle qui a provoqué la péritonite, l'ulcération ne poursuive son cours et n'amène ultérieurement, alors même que l'opération primitive aurait donné un effet utile, de nouveaux accidents, ceux-ci inévitablement mortels. C'est exactement ce qui s'est produit dans le cas de notre collègue, M. Routier, rapporté par M. Dieulafoy, à l'Académie de Médecine. Chez mon malade aussi, j'ai constaté, à l'autopsie, l'existence d'un point faible de l'intestin, qui eut très probablement été le siège d'une perforation nouvelle, si le malade avait survécu. A cette objection nous n'avons d'autre réponse à faire que celle-ci : la crainte d'un danger probable ne doit pas nous empêcher de re-

---

1. Louis. — *Progrès médical*, 1890, t. II, p. 512.
2. Van Hook. *Med. News.*, 1891, t. II, p. 591.
3. Pearce Gould. — *Brit. med. Journ.*, 1894, t. II, p. 859 (Commun. au Congrès de l'Assoc. med. brit. Bristol, 1894) et *Bulletin médical*, 1894, p. 838.
4. Parkin. — *Brit. med. Journ.*, 26 Janvier 1895, t. I, p. 192 et *Presse médicale* 1895, p. 216.
5. Abbe. — *Medic. Record.*, 5 Janvier 1895, p. 1.
6. Lejars. — *Presse médicale*, 1896, p. 2.
7. Netschajew et Trojanow. — *The medical New.*, 1894. T. II, p. 609 et *Centralblatt f. Chirurg.*, 1894, p. 1209.
8. Laidley. — *New-York Med. Journ.*, 1895, T. II, p. 539.

1. Wagner. — *Centralbl. f. Chirurgie*, 1889, Supplément, p. 66.
2. Van Hook et Abbe, *loc. cit.*
3. Ferraresi. — *Soc. Incisiona*, Roma, 22 Dic., 1895. Indication empruntée à la *Revue des Sciences médicales* (*R. bibl.*), 1895, T. 45, p. 792.

médier au péril actuel et imminent, si nous nous croyons en puissance d'y parvenir.

Enfin, nous objectera-t-on encore, n'est-il pas établi que quelques malades qui ont présenté tous les signes de la perforation intestinale sont cependant guéris? Murchinson, dans son traité de la fièvre typhoïde, rapporte en effet, jusqu'à six cas où cette terminaison favorable aurait été observée. Mais, sans compter que le diagnostic, en pareille circonstance, pourra toujours être contesté, il n'en reste pas moins que ces faits sont infiniment rares. On sera bien plus près de la vérité clinique en affirmant que la règle, qui comporte bien peu d'exception, est que la perforation, intestinale, au cours de la fièvre typhoïde est suivie de mort.

Or, s'il en est ainsi, et si, d'autre part, il est établi que l'intervention chirurgicale a, dans un seul cas — et l'on a vu que nous en possédons au moins deux. — donné un résultat favorable, ne voit-on pas que ce fait, restât-il unique, suffit pour justifier, dans des circonstances aussi désespérées, une action opératoire si, du moins, certaines conditions favorables sont réunies? Ces conditions sont, je le rappelle, au nombre de deux principales. Il faut, d'une part, que le malade ne soit pas, de par l'affection primitive ou de par la complication survenue, dans un état de dépression telle que toute opération soit évidemment contre-indiquée. Il faut, d'une autre part, que l'on soit appelé auprès de lui dès les premières heures, — neuf à dix heures au plus, — qui suivent le début des accidents de perforation. J'ajoute que l'on peut encore considérer comme favorable la circonstance que la perforation s'est produite au cours de la convalescence et d'une rechute. Les fait de Wagner, de Van Hook et pour citer aussi celui d'Abbe en témoignent.

Je termine par quelques mots sur la technique de l'opération.

Incision. — Dans un seul cas, à ma connaissance, l'incision a été latérale, à la hauteur de la fosse iliaque droite. On préfèrera, en général, l'incision médiane, qui donne plus de jour, permet une meilleure inspection du paquet intestinal, et peut plus facilement être prolongée dans l'étendue nécessaire.

Recherche de la perforation. — Le ventre ouvert, on ira immédiatement à la recherche du cæcum et de l'anse intestinale grêle voisine. C'est ordinairement à 13, 20, et 30 centimètres au plus que se trouve le point malade. J'ai déjà dit que sa découverte n'est ordinairement pas difficile.

Traitement de la perforation. — Je donne sans hésiter la préférence à la suture toutes les fois quelle sera possible. Elle sera faite à la Lambert avec de la soie fine; les fils seront disposés de façon à refouler vers la cavité de l'intestin à la fois le point perforé et les tissus indurés voisins, constitués par la plaque de Peyer surtout. C'est dire que l'on s'appliquera à placer les fils sur la partie de paroi intestinale saine. Deux, parfois trois étages de sutures seront nécessaires pour obtenir une obturation complète. Il résultera de cette manière de faire un pli longitudinal de l'intestin, parallèle à son axe, qui en diminue le calibre. J'ai pu, à l'autopsie de ma malade, constater que cette diminution n'est pas telle qu'elle puisse troubler la circulation des matières.

La résection de l'intestin et surtout l'entéro-anastomose me paraissent des opérations trop compliquées et trop longues, dans ces circonstances où il importe d'aller vite.

Mieux vaut, si la lésion est trop étendue, se résigner à établir un anus contre nature et fixer l'intestin ouvert à la paroi. Certains chirurgiens ont conseillé d'avoir recours dans tous les cas à cette pratique qui leur semble plus sûre.

Lavage et drainage. Quelques auteurs redoutent le lavage de la cavité péritonéale et conseillent de se contenter d'un nettoyage minutieux avec des compresses stérilisées. Je ne partage pas cette manière de voir. Lorsque l'on a assisté à une de ces laparotomies pour péritonite suppurée généralisée, lorsque l'on a vu ce flot de liquide qui s'échappent de toute part du ventre ouvert, il semble bien qu'un grand lavage puisse seul entraîner en dehors tous les produits nocifs.

Ce lavage, fait avec de l'eau bouillie chaude et salée, est sans inconvénient. M. Hook y trouve même des avantages : il atténuerait selon lui le choc opératoire. Il n'a pas, en tous cas, l'inconvénient qu'on lui a reproché, de disséminer les produits morbides dans toute l'étendue du ventre, puisque, dans la plupart de ces cas, la péritonite est déjà générale.

Le drainage est nécessaire. Il se fait à l'aide d'un gros drain entouré de gaze iodoformée et placé à l'angle inférieur de la plaie. Deux chirurgiens, MM. Trojanow et Abbe on fait plus, ils n'ont pas réuni la plaie; leurs malades ont guéri. Je me contente d'attirer l'attention sur cette pratique qui n'est pas habituelle, mais dont ces deux faits heureux montrent la valeur.

Je ne parle des *soins consécutifs* que pour les signaler après bien d'autres l'importance. Tout ce qui pourra être tenté pour relever les malades profondément déprimés sera évidemment de mise. Je rappelle que notre collègue Lejars a plus particulièrement insisté sur l'utilité en pareil cas des injections intra-veineuses de sérum artificiel, à doses massives.

M. Routier. Dans le cas que j'ai opéré et qui a déjà été mentionné par M. Dieulafoy, je pus intervenir douze ou quatorze heures après le début des accidents. J'ai fait la laparotomie latérale, dans la fosse iliaque droite, *au niveau du point douloureux* : j'ai trouvé de suite deux perforations siégeant à 7 ou 8 centimètres l'une de l'autre et ai fait la suture, puis j'ai laissé le ventre ouvert après avoir posé des fils d'attente. Mon malade, qui n'était qu'au huitième ou neuvième jour de sa typhoïde, survécut dix jours et mourut le onzième jour de deux nouvelles perforations. Pour le pronostic à porter, il faut tenir grand compte de la période de la fièvre à laquelle on se trouve; au début, il n'y a pas grandes chances de succès; pendant la convalescence, on peut fonder plus d'espoir.

Traitement du prolapsus du rectum. — M. Schwartz. J'ai eu l'occasion de traiter deux cas graves de prolapsus du rectum. L'un d'eux appartenait à une femme de cinquante-deux ans qui le portait depuis son enfance; il atteignait 12 centimètres et s'accompagnait d'une diarrhée intense et d'une incontinence complète des matières. L'examen me montra que j'avais affaire à une véritable invagination et à un relâchement considérable du sphincter de l'anus qui laissait pénétrer très facilement quatre doigts. Je fis une rectococcypexie suivant le procédé de Gérard-Marchant, la cautérisation par bandes de la muqueuse, une sorte de périnéorraphie postérieure et une périnéorraphie antérieure. Les suites opératoires ont été simples et la guérison thérapeutique a été obtenue; aujourd'hui, trois ans plus tard, le prolapsus qui reste est exclusivement muqueux, ne se montre que dans les efforts et ne dépasse pas le volume d'une grosse noisette.

Dans un second cas, j'ai pratiqué la résection du rectum, mais le fait est trop récent pour qu'on puisse en apprécier la valeur.

M. Nélaton. Le procédé que je vous ai exposé ne peut s'appliquer qu'à l'invagination proprement dite; encore doit-il être réservé, car il est dangereux : mon malade a, en effet, succombé à une péritonite septique.

Calculs du rein et néphrolithotomie. — M. Tuffier. Les deux pièces que je vous présente sont deux calculs du rein. Je vous les montre ensemble pour les opposer l'une à l'autre, au point de vue anatomique, clinique et opératoire.

Le premier est un énorme calcul grenu ramifié à cinq branches, pesant 40 grammes, que j'ai pu extraire du rein droit, d'un homme entré à la Maison Dubois. Il ne donnait lieu, depuis un an, à aucune hémorrhagie. Le malade ne souffrait que dans les grands mouvements. Mais dans une attaque récente de colique néphrétique, il avait été anurique pendant trente-six heures. Le calcul était moulé sur le rein, qui ne présentait aucune augmentation de volume.

La 2e pièce est formée de deux calculs lisses du bassinet, ayant le volume et la forme d'une amande. Je les ai extraits du bassinet droit d'un homme qui avait des douleurs persistantes de coliques néphrétiques frustes depuis deux ans. Le rein aseptique était très peu augmenté de volume, mais le bassinet était dilaté, comme la succession des attaques de coliques néphrétiques pouvait le faire croire.

Le manuel opératoire, dans ces deux cas, a été celui que j'ai toujours suivi dans les cas de calculs du rein aseptique et non augmenté de volume. Voie lombaire et décortication du rein. Le gros calcul était facile à sentir, mais difficile à extraire parce qu'un prolongement pyélique empêchait la compression du pédicule du rein, et je dus ouvrir successivement au bistouri le bord convexe de la glande, puis chacun des calices; de plus, il adhérait intimement à quatre des calices et au bassinet. Le sujet était gras, mais les manœuvres étaient facilitées par une instrumentation spéciale : larges écarteurs, bistouris longs, boutonnés et courbes, spatules mousses dont je puis vous recommander l'emploi dans les cas difficiles. Les difficultés opératoires inhérentes aux petits calculs, tenaient surtout à l'examen négatif du rein. La glande mise à nu dans toute son étendue, les recherches directes par la palpation et l'acupuncture furent vaines, et là encore, ce n'est que l'incision sur le bord convexe et l'introduction du doigt dans le bassinet qui me permirent de sentir libres et d'extraire les calculs.

C'est la troisième fois que j'ai recours avec succès à cette manœuvre, déjà conseillée par Morris, sur huit opérations de néphrolithotomie pour lithiase aseptique.

Dans ces deux cas, l'uretère cathétérisé était perméable. Les malades porteurs de ces concrétions rénales ont guéri.

L'homme au gros calcul n'a pas été drainé. Le malade aux petits calculs du bassinet était d'un embonpoint énorme et j'ai drainé la plaie par précaution.

Kyste séreux multiloculaire congénital du cou. Ouverture et marsupialisation. Guérison. — M. Walther fait un rapport sur une observation ainsi intitulée et déjà lu par **M. Verchère.** Il s'agissait d'un kyste séreux congénital ayant plusieurs poches secondaires ou prolongements, dont l'un était intrathoracique. Ne pouvant tout enlever, M. Verchère marsupialisa la la poche et l'enfant, âgé de un an, guérit sans suppuration.

Se basant sur les adhérences des kystes de cette nature aux gros vaisseaux, sur l'existence des prolongements intrathoracique et sur la facilité du drainage, M. Verchère propose la marsupialisation comme la méthode de choix de tous les kystes séreux du cou.

M. Walther s'oppose à cette généralisation d'après un seul cas; fait remarquer que les prolongem thoraciques ne sont pas fréquents, que les aux vaisseaux sont souvent faibles, et enfin parfois, à la périphérie du grand kyste, de to poches kystiques secondaires, disséminées qu'il faut extirper, si l'on veut éviter la réc tirpation totale reste donc la méthode de elle n'est pas toujours possible, et quand on enlever (prolongement thoracique), il faut s de marsupialiser.

MM. Quénu et Kirmisson sont du même gardent l'extirpation comme la méthode de

Péritonite généralisée consécutive pingite à pédicule tordu, au cours d' sesse. Laparotomie. Guérison avec co de la grossesse. — M. Hartmann présente qu'il a laparotomisée le 6 Octobre 1896 pour nite sans doute aseptique, due à la torsion des annexes enflammées d'un côté. Il les a refermé le ventre et son opérée a guéri. La enceinte; la grossesse continue.

Anus contre nature. Cure radicale pa du Bouton de Murphy. — M. Rochard prése lade auquel il a guéri, en se servant du bouton un anus contre nature,

F.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

20 Novembre 1896.

Péricardite à forme d'angine de p M. Léon Bernard présente le cœur et le pér fillette âgée de huit ans, morte dans le M. Grancher. La maladie avait commencé pa arthrite rhumatismale aiguë ordinaire qui à s'éteindre après une durée de trois semai débutèrent les accidents cardiaques. Ceux-ci en une angoisse respiratoire des plus viole douleur précordiale très intense; les bruits tumultueux et précipités, étaient augmentés dur et râpeux, systolique; pas d'œdème, foie; albumine dans les urines rares.

Existence de symptômes pseudo-pleurét base gauche (signe de Pins). La petite mala deuxième jour, en proie à une orthopné pénibles. L'autopsie montre une péricardite pect classique; mais le tissu cellulaire du mé cardique est enflammé, œdémateux, ce qu croire à l'existence d'une névrite aiguë d plexus cardiaque et des phréniques que Pe nait pour expliquer l'angoisse douloureu forme de péricardite. M. Bernard rappelle qu du signe de Pins dans les péricardites sèche signalée par M. Marfan. Enfin, il se demand vité du rhumatisme aigu n'a pas été due, da ce que l'on n'a pas administré de salicylat lorsque la malade était soignée en ville. côté des lésions d'endo-péricardite généralisé a montré les altérations de dégénérescence chymes hépatique et rénal, manifestation d'u violente et non combattue.

Epithélioma tubulé du corps thyroïd au larynx et à la trachée. MM. Merme présentent un cancer du corps thyroïde, dév une femme de cinquante-six ans.

La tumeur paraissait remonter à deux moi réalité, elle était venue se greffer sur un lég térieur. Deux ou trois hémoptysies peu abo la dyspnée extrême, une paralysie du récurr de la difficulté dans la déglutition, tels étaie cipaux symptômes fonctionnels; localemen nence de la région thyroïdienne, signes cl goitre, mais limitation moins nette de la t tout en arrière et à gauche.

Une laryngotomie faite d'urgence para ment aux accidents asphyxiques; mais ceu rent bien vite, et la malade n'eut en défini survie de trois semaines.

A l'autopsie, on trouve un corps thyroïde des deux poings, formant un anneau, épais su che, autour du tube laryngo-trachéal, douh ment de deux chaînes ganglionnaires volun consistance était plus molle, sa coupe plu moins grenue, plus blanchâtre. Par l'incision thyroïdienne faisaient saillie extérieurement rement des bourgeons néoplasiques rouge lasses. Les cartilages cricoïde et thyroïde et l anneaux de la trachée étaient envahis, les ly sous-muqueux larynges distendus.

Au microscope, la tumeur présente la s l'épithélioma tubulé. On voit d'abord la caps dienne épaissie, dense, fibreuse, très vasc dessous, on reconnaît une couche de vésic diennes aplaties, refoulées à la périphérie plasme central. Celui-ci est constitué par épithéliaux formés de grandes cellules polyg le noyau est riche en matière chromatique; d valle de ces boyaux, les vésicules thyroïdi déformées, constituant des amas cellulaires variée.

De l'action des muscles sur la forme M. Regnault montre différents os, apoph

, radius et cubitus, tibia, où les saillies et les sions osseuses ne semblent pas toujours être en t avec le volume des muscles qui devaient y e insertion; car, dans les os, les saillies et les étaient plus ou moins considérables, alors que scles qui s'y insséraient étaient plutôt atrophiés, port avec les lésions que présentent ces os.

te lymphatique du pli de l'aine. — **M. R. Mes-** pièce présentée offre le volume d'une manda- elle a été extraite à l'hôpital Saint-Joseph par Bec du pli de l'aine d'une femme de trente et qui en réclamait l'ablation à cause de la gêne nnée par sa présence; cette tumeur n'a été quée que depuis quelques semaines et la malade que son volume s'est récemment accru d'une notable. Aucun signe d'inflammation locale, aucun me général n'existe dans le passé de cette . La tumeur disséquée avec soin offre une sur- terne qui fait corps avec le tissu adipeux am- elle renferme un liquide citrin transparent, sa interne est lisse et il s'en sépare de nombreuses s minces qui divisent la cavité principale en s très nombreuses; sur la tranche de section se coupe de plusieurs ganglions lymphatiques rophiés. Histologiquement, la paroi et les tractus ettes sont formées de fibrilles conjonctives avec es noyaux allongés intercalaires et des amas par de cellules lymphatiques; sur les bords de ces forman des bordures plus ou moins larges, se nt des cellules à noyau ovalaire qui forment une le membrale endothéliale occupant même toute ace de la logette. Des imprégnations au nitrate t ont dessiné à ces cellules un contour irrégulier e. La nature lymphatique du kyste ne saurait le doute; l'âge de la malade ne permet pas ttre la nature congénitale de la tumeur qui se dans ce qu'on admet sous le nom d'adéno-lym- e ou encore de lymphangiome kystique d'origine minée pour le cas particulier.

ome à myéloplaxes. — **M. Meslay.** Un polype me d'une amende siégeant à la face interne du ire inférieur d'un enfant de onze ans a été extrait, six mois, par M. L. Bec, chirurgien de l'hôpital oseph. Il s'agit d'un sarcome à myéloplaxes e d'origine périostique, dont les coupes rappellent points la description d'un cas antérieur présenté Mermet, à la Société anatomique. Les disposi- rticulières des noyaux sur beaucoup de ces cellules des, la vacualisation de quelques-uns de ces myé- s et la présence de points d'accroissement mani- la disposition même de ces cellules géantes dans ions centrales de la coupe, où se montrent plus eux les vaisseaux néoformés, rappellent et con- dans ce cas particulier, la théorie de Malassez et d'après laquelle ces éléments géants ne seraient cellules vaso-formatrices précédant l'apparition sseaux dans ce tissu embryonnaire.

énérescence graisseuse du foie. — **M. Ch.** ontre des préparations de foie où l'on trouve une nte dégénérescence graisseuse du foie qui semble ne infection intestinale. Le rein était également éré.

océphalie. — **M. Ch. Lévi** montre un cerveau âgé de trois ans. Il est très petit, toutes les circon- ns sont nettes. C'est un cerveau de microcéphale.

atocèle rétro-utérine. — **M. Guinard** rapporte vation d'une femme soignée depuis trois mois n cancer de l'utérus. Brusquement elle est prise énomènes caractéristiques de l'hématocèle rétro- secondaire à une rupture d'une grossesse extra- . L'opération faite huit jours après permet de , au milieu de caillots, d'un fœtus de *deux mois*, écu encore pendant une heure. Ce fœtus avait déjà endant huit jours en dehors de son œuf.

oisonnement par l'ammoniaque. Expulsion ube de muqueuse œsophagienne. — **MM. A.** et **A. Grenet** présentent un tube de muqueuse gienne rejeté par une malade huit jours après ion d'ammoniaque. Ce tube mesure 15 centimètres. coupes, on constate que toute la muqueuse a été jusqu'à la couche musculaire. A la partie interne t des microbes en grande quantité, tandis que, s parties profondes, on voit des leucocytes en- les fibres musculaires.

oration intestinale au cours d'une fièvre de; suture. — **M. Vanverts** présente une anse ale atteinte de perforation survenue dans le cours fièvre typhoïde. La laparotomie, pratiquée dix après la production de la perforation, permit de rer. La mort survint au bout de vingt-quatre

eut constater que l'exclusion de la perforation est e.

ervation complète a été présentée par M. Monod rnière séance de la Société de chirurgie.

iase biliaire au cours de la fièvre typhoïde. Milian présente vingt-cinq calculs biliaires, du uniforme d'un petit pois, trouvés dans la vési- une jeune femme de vingt-quatre ans, morte vers ème jour d'une fièvre typhoïde hypertoxique. Ces sont formés de cholestérine et renferment des de pigments biliaires.

De son vivant, la malade n'avait jamais eu de coliques hépatiques, ni aucun symptôme qui pût faire penser à la lithiase. D'un autre côté, la texture semblable des calculs, leur volume égal semblent prouver leur identité d'âge. Le rôle de l'infection éberthienne semble bien évident dans la circonstance, d'autant plus que l'ensemencement du centre des calculs, après stérilisation de leur surface, a fourni des cultures pures de bacilles en tous points semblables au bacille d'Eberth. Enfin, l'examen histologique de la vésicule biliaire a montré, dans l'épaisseur de sa paroi, des bacilles analogues morphologiquement à ceux trouvés dans les cultures.

Épithélioma du cholédoque. — **MM. Griffon** et **Dartigues** montrent des coupes histologiques d'un rétrécissement cancéreux de la portion inférieure du cholédoque. Il s'agit d'un épithéliome à cellules cylindriques.

Le malade, âgé de cinquante-huit ans, était entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Polaillon avec des symptômes d'ascite et d'ictère par rétention. Une paracentèse permit l'exploration du foie : on trouve une vésicule biliaire très distendue et un foie hypertrophié.

M. Polaillon ouvrit la vésicule, qui était vide de calculs, et l'aboucha à la paroi abdominale. Les selles, décolorées jusqu'alors, devinrent normales après l'opération.

Cet homme mourut après dix mois de maladie. A l'autopsie, outre une abondante sérosité péritonéale et des brides épaisses cloisonnant la séreuse, on a trouvé un manchon scléreux à l'extrémité du cholédoque, au moment où il va pénétrer dans l'ampoule de Vater. Le canal est oblitéré par les végétations que présentait la virole à son centre.

Le foie était hypertrophié et présentait à l'œil nu les altérations de la cirrhose par rétention biliaire.

Cancer de l'intestin. — **M. Bertherand** rapporte l'observation d'un malade présentant les signes d'une poche purulente au niveau de la rate. On diagnostique un abcès de la rate. La ponction est pratiquée et permet de retirer du pus.

A l'autopsie, on trouve une poche purulente au niveau de l'angle gauche du côlon transverse. En ouvrant cette poche, on voit que l'intestin s'abouche largement dans cette cavité. On y trouve, en outre, du pus et des matières fécales. Jamais l'on n'avait constaté de pus dans les garde-robes.

R. Marie.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

11 Novembre 1896 (*suite*).

Considérations sur la richesse alcoolique des boissons usuelles et de diverses préparations pharmaceutiques. — **M. Yvon.** Une des questions que le médecin pose le plus souvent au malade est celle de savoir si ce malade prend ou non de l'alcool, et, en cas d'affirmation, il désire connaître, au moins approximativement, la quantité. Il n'est pas toujours facile d'être bien renseigné; pour beaucoup de malades, le mot alcool désigne uniquement l'alcool absorbé en nature, sous forme de spiritueux, sans tenir compte de celui qui entre dans les boissons fermentées. De ce chef, la quantité d'alcool absorbée est bien plus grande qu'on le croit généralement; il est également utile de connaître la quantité d'alcool contenue dans les principaux types de médicaments administrés aux doses thérapeutiques.

Pour faciliter les recherches, M. Yvon a dressé deux tableaux au moyen desquels le médecin pourra facilement se renseigner. Le premier de ces tableaux contient la quantité ou poids des diverses boissons spiritueuses ou médicamenteuses nécessaires pour représenter 66 centilitres cubes d'alcool de 10 pour 100, quantité contenue dans 66 centilitres de vin de 10 pour 100. Cette quantité de vin correspond à une bouteille qui est prise pour unité.

Le second tableau indique la quantité d'alcool absolu correspondant aux divers volumes ou poids usuels des boissons et prescriptions médicinales.

En étudiant ces tableaux, il est facile d'évaluer la quantité d'alcool absorbée chaque jour par un adulte en bonne santé, lorsqu'on connaît le régime alimentaire qu'il a adopté, et voir ensuite dans quelle proportion le traitement médicamenteux peut accroître la proportion d'alcool ingéré. Voici un exemple de régime alimentaire qui n'a rien d'exagéré.

Une bouteille de vin, pour les deux repas, soit.	66gr 00	d'alcool.
Une bouteille de bière, entre les repas, soit	40 00	—
Un petit verre de cognac, après le café, soit	12 50	—
Total. . .	118gr 50	—

Cette quantité 118 gr. 50 (correspondant à 237 grammes d'eau-de-vie) d'alcool est considérable, par rapport à celle représentée par le traitement suivant :

Un verre à bordeaux de vin de gentiane (rouge), avant chaque repas (2 verres). . .	15gr 00	d'alcool.
Une cuillerée à bouche d'élixir de pepsine, après chaque repas (2 cuillerées à soupe ou 6 cuillerées à café). . . .	4 40	—
Total. . .	19gr 40	—

Cette quantité d'alcool 19 gr. 40 est très faible, comparée à celle introduite par l'alimentation : elle se trouve encore réduite si l'élixir de pepsine est remplacé par d'autres préparations dont la teneur en alcool est plus pauvre, telles que celles de la dernière série.

En résumé, si le médecin se trouve en présence d'un malade auquel il juge utile d'interdire l'alcool d'une façon absolue ou simplement en modérer l'usage, il devra tout d'abord s'enquérir du mode d'alimentation habituel de ce malade et évaluer la proportion d'alcool qu'il absorbe de ce chef; il lui sera ensuite facile d'apprécier, en consultant le tableau que M. Yvon a dressé, la quantité qui proviendra des préparations pharmaceutiques qu'il jugera utile de prescrire; cette quantité est toujours peu élevée et le plus souvent négligeable.

J. Barozzi.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

12 Novembre 1896.

Ulcérations térébrantes de la verge. — **MM. Du Castel, Fournier** et **Darier** ont chacun montré à la Société un cas d'ulcération considérable de la verge, d'un diagnostic très délicat.

Dans le cas de M. Du Castel, la première impression a été celle de gomme syphilitique, puis, en raison de la grande dureté des lésions, on a pensé à l'épithélioma. Il s'agit, en effet, d'une vaste ulcération, très creuse, profonde, remplie d'une substance jaunâtre, et intéressant le gland en entier et une partie des corps caverneux. Le malade a été traité pendant plusieurs mois en Angleterre par le mercure et l'iodure de potassium, mais sans résultat.

Cette grosse lésion, dans son ensemble, est très dure; les bords ont une consistance cartilagineuse. A quelques centimètres au-dessus du gland, près de la racine de la verge, existe une autre masse extrêmement dure, au niveau de laquelle la peau n'est pas altérée. Il est certain que ces lésions rappellent celles produites par l'épithélioma, mais les bords ont sur une grande étendue une régularité de formes, une absence de grains épithéliaux qui semble exclure l'hypothèse d'épithélioma. De plus, la surface ulcérée n'a pas cet aspect irrégulier, bourgeonnant, saignant, qui appartient aux ulcérations épithéliomateuses. Ces diverses raisons conduisent M. Du Castel à rejeter l'idée d'un épithélioma, et, en raison d'un état de sphacèle constaté en certains points, à considérer ce cas comme une affection gangréneuse, dont le point de départ est impossible à établir.

Le cas du malade de M. Fournier offrait, lors du premier examen, une similitude objective parfaite soit avec une syphilide gommeuse, soit avec un chancre simple. Mais il n'y avait pas trace de syphilis dans les antécédents, et l'inoculation faite au bras est restée négative. En se reportant au début des lésions, lesquelles, d'après le récit du malade, ont été nettement phlegmasiques, M. Fournier a été amené à conclure à une gangrène spontanée de la verge, par infection microbienne à point départ incertain. L'infection n'est point venue de l'urèthre, ni par contact vaginal. Peut-être l'origine est-elle folliculaire, car le malade présentait sur les cuisses un certain nombre de follicullites suppurées.

Le cas de M. Darier est un ecthyma térébrant de la verge. Lorsque le malade s'est présenté à l'hôpital M. Darier, puis M. Du Castel, auquel le malade fut présenté, affirmèrent qu'il s'agissait de chancres mous. Mais l'inoculation fut négative. On peut, dit M. Darier, observer à la verge et sur le gland des érosions suppuratives susceptibles de prendre au plus haut degré l'aspect du chancre simple, mais qui ne sont pas autoinoculables, qui guérissent très facilement avec un pansement simple et qui sont, selon toute apparence, des lésions de pyococcie ou, en d'autre termes, des impetigos ou ecthymas térébrants à localisation anormale.

Acanthosis nigricans. — **MM. Tenneson** et **Du Castel** ont présenté l'un et l'autre un cas d'acanthosis nigricans. Cette affection, nouvellement décrite, consiste en une dystrophie papillaire et pigmentaire de la peau. Elle est caractérisée, comme le rappelle M. Darier, par quatre grands signes qui sont : 1° la dystrophie papillaire; 2° la pigmentation; 3° l'absence de desquamation; 4° la dystrophie inguéale et pilaire. Mais l'intérêt considérable attaché à la connaissance de cette altération cutanée est la coexistence constante d'une carcinomatose abdominale dans la très grande majorité des cas.

Le cas présenté par M. Tenneson est typique, et on trouve une dureté bosselée du foie qui indique la carcinomatose hépatique.

Le malade de M. du Castel a des analogies frappantes avec la maladie d'Addison.

M. Darier. Le malade de M. Tenneson accuse du prurit, ce qui n'a jamais été signalé. Peut-être, dans ce cas, ce prurit reconnaît-il pour cause le siège du cancer au foie.

M. Brocq fait remarquer l'analogie qui existe entre certains des caractères de ces lésions et ceux que l'on voit se produire dans quelques cas d'altérations cutanées arsenicales. M. Brocq ajoute qu'il a observé, chez une malade de trente-huit ans, une pigmentation et un début de papillomatose aux aines, aux aisselles, dont

a cause était impossible à déceler. Il pensait à la possibilité de l'acanthosis, à son début, mais ne trouvait pas trace de néoplasie. La malade guérit complètement.

M. Jacquet. A observé un cas indiscutable d'acanthosis chez une jeune homme de dix-huit ans, sans pouvoir trouver le moindre trouble digestif.

M. Tenneson, dit qu'un lien entre l'acanthosis et la carcinomatose existe et est indiscutable, ce lien est direct et certain, seulement le mécanisme nous échappe complètement.

M. Darier propose comme pathogénie la théorie suivante, qui explique d'une part, l'absence de carcinomatose abdominale dans certains cas rares; d'autre part, l'existence d'observation, comme celle de M. du Castel, dans lesquelles la maladie d'Addison confine à l'acanthosis. Il s'agirait d'une action sur le grand sympathique abdominal.

Dans l'acanthosis l'action du cancer pourrait être due à un hasard de localisation au voisinage du grand sympathique; mais toute autre tumeur réagissant sur le grand sympathique pourrait déterminer les mêmes lésions.

M. Jacquet se rangerait très volontiers à cette opinion. Le jeune homme dont il vient de parler avait des malformations congénitales et pouvait tout aussi bien avoir dans l'abdomen quelque altération de même ordre agissant sur le grand sympathique.

Pemphigus et maladie de Duhring avec troubles nerveux et arthropathies. — MM. Gaucher et Gastou présentent à la société deux malades dont les téguments, surtout au niveau des membres, sont couverts de bulles.

La première a depuis quatre ans, des poussées successives de bulles, avec prurit modéré, et conservation d'un parfait état général. La particularité intéressante chez elle est l'aspect des mains et des pieds qui rappelle celui du rhumatisme déformant.

La seconde n'est malade que depuis deux mois : son éruption bulleuse s'accompagne d'un prurit violent, l'état général est bon. Sa maladie actuelle a été précédée d'une hémiplégie, il y a trois ans.

L'une et l'autre ont eu de l'œdème des jambes, des troubles trophiques cutanés : chute des poils, des ongles, modifications de la sécrétion sudorale.

L'existence de ces phénomènes nerveux est une preuve pour MM. Gaucher et Gastou, qu'il existe dans la maladie de Duhring, une lésion nerveuse, cause de la maladie, qui, si elle n'a pas encore été démontrée, n'en est pas moins probable, sinon certaine.

De l'origine myélopathique des pemphigus. — M. Gastou insiste sur l'intérêt qu'il y a à noter avec soin les manifestations nerveuses qui surviennent chez les malades atteints de pemphygus. Ces malades présentant souvent à la fois des antécédents nerveux et infectieux, il est difficile d'attribuer au pemphygus l'une ou l'autre origine.

Les observations démontrent cependant dans les pemphygus, des troubles nerveux analogues à ceux que l'on a coutume de ranger parmi les troubles trophiques consécutifs aux altérations nerveuses et surtout aux lésions médullaires tels : les œdèmes passagers et fugaces, les modifications de la sueur, la chute des poils, les sensations douloureuses cutanées, etc., voire même le prurit et les bulles.

Rapprochant ces signes cliniques des altérations médullaires constatées dans deux autopsies de maladie de Duhring, dont la relation sera publiée en collaboration avec Lerrede, M. Gastou pense qu'il faut examiner avec soin chaque fois que l'occasion s'en présentera, le système nerveux et surtout la moelle des malades morts de pemphygus.

Examinant la coupe histologique d'une moelle de maladie de Duhring, M. Gastou, fut surpris de trouver autour du canal de l'épendyme et des artérioles, en arrière et autour de la commissure grise, près de la colonne de Clarkes et du col de la corne postérieure, des lésions constituées par des amas embryonnaires et de petites dilatations anormales simulant des lacunes.

Signalant ce fait qui a besoin de recherches ultérieures, M. Gastou établit un parallèle entre les signes de la syringomyélie et ceux de la maladie de Duhring, et se demande si l'infection admise par M. Lerrede, et démontrée par la présence des eosinophiles dans le sang, ne provoquerait pas une myélopathie dont le pemphygus ne serait qu'une expression objective clinique.

Hérédosyphilis. Lésions fessières de nature indéterminée. — M. Du Castel montre un bébé de six mois, atteint de déformations hérédosyphilitiques attestant nettement, chez lui, la tare héréditaire et qui présente aux fesses un groupe d'érosions dont il est difficile de préciser la nature. On sait, en effet, combien les érosions banales siégeant aux fesses, peuvent prendre, chez les enfants, l'aspect morphologique d'éléments syphilitiques. On peut donc, dans le cas actuel, se trouver en présence, soit d'érosions syphiloïdes, soit de syphilis érosives.

M. Feulard déclare qu'il est impossible de se prononcer en pareil cas.

M. Fournier et **M. Jacquet** pensent qu'il s'agit certainement de syphilides cutanées. M. Fournier appuie son diagnostic sur le fait de l'hérédosyphilis, qui autorise à penser à des lésions syphilitiques et sur le fait de la dureté, de la base d'infiltration sous-érosives de ces lésions fessières.

M. Besnier ne saurait se prononcer nettement. Il a vu, en effet, des cas où la syphilis paraissait aussi nette, dans lesquels les lésions n'étaient pourtant pas syphilitiques.

Au surplus, M. Besnier pose en principe que, lorsque les signes d'hérédosyphilis sont très accentués, très nets, absolument établis, à ce point que le sujet ne peut plus contracter la syphilis, on ne voit pas se développer, dans la suite chez ces enfants, de lésions syphilitiques d'ordre secondaire.

M. Fournier n'est pas d'avis que l'existence de syphilides d'ordre secondaire, soit incompatible avec la présence de très grosses lésions d'hérédosyphilis, comme l'hydrocéphalie, etc. Il ne considère nullement comme de nature syphilitique, les lésions dentaires, osseuses, qui marquent l'hérédosyphilis. Ce sont là pour lui, des malformations, des altérations de développement, des lésions de dégénérescence; en un mot, des accidents parasyphiliques. Ces altérations proviennent de géniteurs infectés, mais ne sont pas syphilitiques. Aussi, dans ces conditions, rien n'empêche un hérédosyphilitique, même porteur de très grosses altérations, de présenter des éruptions syphilitiques d'ordre secondaire.

M. Wickham rappelle une observation prise dans le service de M. Fournier, qui vient à l'appui de ces dernières considérations.

Une jeune fille présentait des altérations dentaires, de celles qu'on rencontre dans l'hérédosyphilis, si particulièrement typique, qu'une photographie en fut faite pour la démonstration des dents de l'hérédosyphilis.

Or, quelques mois après son exéat, elle revint pour se faire traiter de deux érosions vulvaires, qui furent reconnues comme des chancres syphilitiques. Un mois après survint la roséole, puis les plaques muqueuses, et plus tard, toute une série d'accidents de caractères malins. Voilà donc un fait précis, très net, de contagion de syphilis, par un sujet porteur de malformations dentaires hérédosyphilitiques.

Nævus acnéique unilatéral en bandes et en plaques. — M. G. Thibierge présente une jeune femme de vingt-six ans, atteinte de lésions limitées au côté gauche du corps et caractérisées par la présence de comédons, agglomérés en plaques et en bandes. Une plaque occupant toute la région sus-claviculaire est constituée non seulement par des comédons, dont quelques-uns sont très volumineux, mais encore par des kystes à contenu sébacé; cette région a été le siège d'ulcérations rappelant l'aspect des gommes scrofulo-tuberculeuses, mais développées manifestement au niveau des glandes sébacées devenues kystiques. D'autres plaques occupent la partie supérieure du dos et la région sterno-mastoïdienne. De l'articulation sterno-claviculaire partent deux longues bandes, l'une horizontale, atteignant l'extrémité externe de la clavicule, l'autre verticale, atteignant la partie moyenne de l'espace intermammaire, mesurant toutes deux 1 à 2 centimètres de large et constituées uniquement par l'agglomération de comédons peux volumineux. L'affection remonte à la naissance.

Le seul cas analogue jusqu'ici connu, a été présenté au Congrès international de Dermatologie (Londres, Août 1896), par M. Pelhoist (de La Haye).

Un cas d'urticaire pigmentaire. — MM. G. Thibierge et Dubrisay présentent un enfant de vingt mois, atteint d'urticaire pigmentée. L'affection a débuté, dans les premiers jours de la vie, par des plaques rouges auxquelles ont succédé des macules pigmentaires accompagnées d'un léger degré d'infiltration du tégument. Depuis lors, l'affection est restée stationnaire et il ne s'est pas produit les poussées aiguës habituelles dans l'urticaire pigmentaire.

Deuxième note sur un cas typique de lichen scrofulosorum. — MM. H. Hallopeau et G. Bureau. L'inoculation intra-péritonéale d'un fragment étendu de peau atteinte de cette éruption a donné des résultats négatifs; il en a été de même de toutes les expériences analogues qui ont été faites jusqu'ici. Il résulte de ces faits que cette dermatose, dont la clinique a démontré la nature tuberculeuse, n'est pas engendrée directement par des bacilles émigrés dans les glandes pilo-sébacées, mais bien par des toxines émanées de foyers éloignés.

Deuxième note sur un mycosis fongoïde. — MM. H. Hallopeau et G. Bureau. Il est survenu, chez une malade présentée antérieurement, des poussées locales érythémateuses ou œdémateuses, une gangrène massive d'une volumineuse tumeur, des éruptions bulleuses et suppuratives et une endo-péricardite : ces complications, sauf la gangrène, reconnaissent, selon toute vraisemblance, pour cause prochaine la présence dans le sang de toxines émanées des foyers mycosiques et surtout de celui qui s'est gangréné en masse; la transformation purulente du liquide des bulles doit être attribuée à l'intervention de microbes pyogènes banals.

Sur un nouveau cas de l'affection dite folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose. — MM. H. Hallopeau et G. Bureau. Cette affection est caractérisée cliniquement par l'apparition dans la profondeur du derme de petits nodules qui deviennent bientôt saillants, sont surmontés d'une vésico-pustule laquelle se rompt et fait place à une ombilication centrale; leur siège d'élection est la face dorsale des bras, particulièrement au niveau des articulations; ils laissent à leur suite des cicatrices d'abord brillantes, nettement a
ovalaires, d'abord pigmentées, puis décoloré
teurs en rapportent un fait dans lequel il exi
remment une tuberculose pulmonaire et gau
l'un d'eux a déjà vu cette éruption coexiste
lupus érythémateux dont les lésions se co
avec les siennes; M. Tennesson a vu deux
même maladie coïncider avec un lupus; il y
réelles présomptions en faveur de la natu
leuse de cette dermatose qui constitue un
que nettement différencié.

**Sur un lichen-plan limité à la muqu
cale. — M. Hallopeau** présente un malade at
langue de taches opalines, plus ou moins
et sur les joues de stries blanchâtres, plus
étoilées. Ces lésions sont caractéristiques
plan, et permettent de porter ce diagnost
sence même de lésions cutanées. Ces s
du reste, analogues à celles qu'on rencont
papules du lichen cutané. Elles ne sont
prurigineuses, et ne reconnaissent donc pa
mode de production que les lichenfications
consécutives au grattage. L'absence de tout tro
nervation rend peu vraisemblable l'origine tro
tique de cette éruption.

M. Fournier a souvent rencontré ces plaqu
de la cavité buccale et n'en connaissant pas enco
les désignait sous le nom de plaques opalines
pas ce qui autorise, en l'absence de lésions
les considérer comme des altérations dépe
lichen-plan.

M. Wickham, dans son étude sur les stries
situées dans l'intérieur des papules du lichen-
qu'il considère comme pathognomonique de
tion, a observé, chez les sujets mis en obser
étaient atteints à la fois de lichen-plan buccal
que souvent il y avait des caractères identiqu
stries des muqueuses et celles de la peau. Les
le malade de M. Hallopeau porte sur la muq
cale, sont analogues à celles que M. Wickham
dans ses observations antérieures.

Collodion à l'huile de cade. — M. Ga
sente une préparation de collodion cadique,
un tiers d'huile de cade, incorporée à deu
collodion à l'acétone.

Cette préparation est fort utile, surtout dan
sis, car elle permet l'action de l'huile de ca
excellente, sans déterminer de taches ni d
plus, elle remplace la traumaticine à l'acide
nique avantageusement, car elle n'offre pa
gers d'irritation de l'acide chrysophanique, ne
et est tout aussi efficace.

L. Wi

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

26 Octobre 1896.

Ozone et coqueluche. — MM. D. Labbé et O
une communication antérieure, nous signalio
attention les excellents résultats que donnen
lations d'ozone dans le traitement de la coq
nous vous disions que la technique qui nou
la meilleure était celle-ci : 2, 3 et même 4 l
par jour, chacune de dix à quinze minutes de
nombre des inhalations devant aller en a
suivant la gravité de l'affection, la fréquence
lence des quintes de toux. L'appareil générate
était le tube que nous vous avons décrit antéri
actionné par une bobine donnant environ 3 c
d'étincelle.

D'autre part, une observation de M. Derecq
après une seule inhalation, une amélioration
rable.

Aujourd'hui nous rappelons votre attention
question, pour vous faire voir que l'obser
M. Derecq n'est pas exceptionnelle et que,
trouve en présence de malades qui, pour
quelconque, ne peuvent faire plus d'une inha
jour, celle-ci peut encore suffire pour amener r
un résultat favorable. Nous avons, en effet, é
turellement amenés, en raison même de la gra
bilité de la gorge chez les coquelucheux et de
avec laquelle la moindre excitation locale pe
quer une quinte, à tenir les enfants à une cer
tance d'un tube à faible rendement, et, par cel
augmenter le nombre des inhalations quotidie
n'est pas indispensable, et la muqueuse pha
s'habitue vite au léger picotement produit pa
de sorte qu'on peut se servir d'une source p
sante, une bobine, par exemple, donnant 6 c
timètres d'étincelle et d'un tube à plus grand re
donnant 4 à 5 dixièmes de milligramme d'ozon
nant simplement la précaution de commencer
tion à une certaine distance du tube, et d'en r
progressivement l'enfant au fur et à mesure
bitue à la sensation provoquée par l'ozone.

Voici les observations de deux enfants qui
été adressées par notre excellent collègue et au
lureaux. Ces enfants demeurant très loin de n
pouvant venir plusieurs fois par jour, il avait
venu avec les parents que nous commencer
quelques inhalations quotidiennes, après le

amille posséderait suffisamment la technique, ès résultats favorables du traitement se fe- ir, on continuerait à domicile plusieurs inha- jour. Or, chez deux malades, malgré la gra- fection provoquée par le mauvais état général par le nombre de quintes chez l'autre, l'amé- t assez rapide pour rendre inutile la seconde programme. Dès la seconde ou la troisième conduite comme nous venons de le dire, on sidérer les malades comme à peu près gué- ioration générale et la décroissance des ient telles que nous prenions le parti de con- 'achever le traitement comme nous l'avions

ion I. — Petit garçon de douze ans et demi. é à la campagne et interné depuis un an dans Les six premiers mois se passent bien; mais ntrée d'Octobre 1895, l'enfant commence à lus en plus, d'une toux sèche d'abord, grasse ommencement de Mai. L'état général devient 'enfant était pâle, anémique, avait de fré- istaxis, maigrissait, avait perdu sa gaieté.

Mai, sa toux devint quinteuse et, au bout jours, franchement coqueluchoïde. Aujour- in, les quintes convulsives ne sont pas encore ntes. Il n'y en a que 12 à 14 par vingt-quatre ais comme elles s'accompagnent souvent t de vomissements, l'état général va en em- lement. Dans l'intervalle des quintes, le ma- rmenté continuellement par une toux grasse

s, dans la famille, d'antécédents tuberculeux; ix frères et sœurs, tous peu robustes. Son an dernier, une congestion du sommet pul- it qui a inspiré de vives inquiétudes pen- un an.

I. — 11 Juin 1896. — Enfant très pâle, d'as- yeux cernés, oreilles détachées, amaigrisse- e, toux grasse très fréquente; à l'auscultа- eux râles muqueux disséminés, mais surtout u sommet droit qui présente un peu de sub- expiration prolongée. A sa première inhala- uit une quinte franchement coquelucheuse, uelle l'enfant est pris d'une épitaxis abon- émoglobine, 9 1/2 pour 100.

t. — Une inhalation d'ozone par jour, d'une gt à vingt-cinq minutes. Une potion au bro- supprimée.

Il y a eu 12 quintes dans ces dernières heures; pourtant la nuit a été meilleure :

de quinte cette nuit; 4 en tout dans les heures; 3 épistaxis.

jours plus de quinte la nuit; 3 dans la jour- épistaxis ce matin.

r et aujourd'hui une seule quinte, le matin is d'épitsaxis. La toux de bronchite a aussi diminué, l'appétit est revenu, le sommeil fant a retrouvé sa gaieté. A l'auscultation emeut le râle du sommet droit; il n'y en a reste de la poitrine.

t général va en s'améliorant rapidement. , bon appétit. La toux est encore un peu réveil, mais sans reprise. La toux de bron- ue complètement disparu; il reste pourtant s muqueux au sommet droit.

fant fait sa dernière inhalation. Hier et au- n'a plus eu de quintes, et nous constatons, ureaux, la disparition du râle au sommet. bine, 10 1/2 pour 100. M. Duriureaux, qui a hier, nous dit que, depuis le commence- ement, le poids du malade a augmenté de

on II. — Fillette de neuf ans. La coqueluche semaines et le nombre des quintes va tou- nentant; il y en a aujourd'hui 25 à 30 par heures. Elles sont surtout caractérisées par xtrême de la sécrétion bronchique. A cha- enfant mouille un ou deux mouchoirs de tit est très diminué; mais il n'y a pas de s. Nombreux râles muqueux à l'auscul-

tion de 20′ par jour; première séance, le

ns, pour la suite de l'observation, les notes oyait la mère tous les matins.

Il y a eu 24 quintes, de 11 heures du matin it tranquille (l'enfant avait auparavant 8 à r nuit).

la journée, 10 quintes moins fortes; nuit s aucune quinte entre 11 heures et 7 heures

intes de moins en moins fortes. Les cra- ts ont presque cessé.

iotes.

utes insignifiantes.

tes à peine coquelucheuses. Nous remet- prochaine inhalation.

de quintes, un peu de toux grasse dans la

On peut considérer l'enfant comme cou- rie. Elle n'a pas toussé depuis la dernière

En terminant, nous désirons vous citer une troisième observation, intéressante en ce sens, qu'elle montre bien l'action pour ainsi dire spécifique de l'ozone contre la coqueluche. Le traitement fut, en effet, suspendu alors que les quintes avaient presque complètement disparu. Elles reprirent aussitôt leur intensité première pour diminuer de nouveau et cesser définitivement avec la reprise du traitement.

Observation III. — Fillette âgée de douze ans, a été prise, dans les premiers jours du mois de Juin dernier, d'une toux opiniâtre qui ne tarda pas à prendre le caractère nettement coqueluchoïde; du reste, la pension où allait cette jeune fille a dû être licenciée à cause de nombreux cas de coqueluche observés chez les élèves.

Les huit premiers jours, l'enfant fut soumise au traitement habituel et banal d'une toux attribuée à une simple laryngo-bronchite: à partir du 10 Juin, la crise classique angoissante apparaît 3 à 4 fois en vingt-quatre heures, mais particulièrement la nuit. La petite malade fut immédiatement soumise aux inhalations d'ozone; les crises deviennent alors pour ainsi dire nulles; la malade avait bien 2 ou 3 quintes de toux, mais sans caractère spasmodique.

Un accident étant survenu à l'appareil, le traitement fut suspendu vingt-quatre heures; aussitôt, les crises reprennent leur intensité. De nouveau soumise à l'ozone, les quintes deviennent de plus en plus nulles et insignifiantes. L'appétit, qui avait notablement diminué, redevient excellent.

Aujourd'hui, 4 Juillet 1896, notre petite malade est absolument bien et peut être considérée guérie d'une coqueluche dont le caractère de bénignité ne peut être attribué qu'au traitement.

SOIXANTE-HUITIÈME RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Francfort-sur-Mein, Septembre 1896.

Une communication que nous tenons à signaler est celle de **M. Strümpell**, sur la **glycosurie alimentaire chez les artério-scléreux et les alcooliques**. Pour ce qui est du rôle de l'alcoolisme, M. Strumpell a fait ses recherches sur des étudiants buveurs de bière. Chez eux, l'ingestion de 100 grammes de glycose provoquait, au bout d'une heure, l'apparition momentanée du sucre dans l'urine. De même chez les artérioscléreux. Par contre, jamais M. Strümpell n'a trouvé de glycosurie alimentaire dans les névroses, dans l'hystérie ou dans les affections organiques du système nerveux, états pathologiques dans lesquels elle a été signalée par von Jaksch. **M. Albu**, non plus, n'a pu constater les faits signalés par von Jaksch.

Il convient aussi de citer les expériences de **M. Körte**, sur la **nécrose du tissu adipeux du péritoine dans ses rapports avec les lésions du pancréas**. Nos lecteurs savent que les auteurs allemands ont voulu établir un rapport étroit entre la nécrose du tissu adipeux du péritoine, trouvée dans certains cas d'apoplexie du pancréas, et la lésion du pancréas lui-même. M. Körte a donc fait sur des chiens et des chats une série d'expériences qui ont consisté à contusionner, à déchirer le pancréas, ou bien encore à injecter dans la glande du pus, des cultures microbiennes, de l'essence de térébenthine, etc. Ces expériences ont montré que la nécrose du tissu adipeux du péritoine ne se produisait qu'à la suite d'injections infectieuses, et encore n'a-t-elle été trouvée que 6 fois sur 10.

Nous citerons enfin, avant de terminer, la communication de **M. Baumler**, relative à un point particulier de la **percussion de la rate**. M. Baumler pense notamment qu'on peut, par la percussion, déterminer la situation de la partie postéro-supérieure de la rate, attenant aux poumons. La position la plus favorable pour la percussion de la rate est le décubitus latéral avec le tronc penché en avant et le bassin dirigé en arrière. Si l'hypertrophie n'est pas très grande, il est indiqué de pratiquer la percussion dans plusieurs positions; chez les fébricitants qui ne peuvent se tenir debout, on utilisera alors la position assise. Dans ces cas, la zone de matité se trouve souvent repoussée en haut et en arrière; mais, si cette zone correspond, comme grandeur, à celle obtenue par la percussion dans la position couchée, on conclura à l'existence d'une hypertrophie de l'organe.

R. Romme.

Répertoire thérapeutique

En France, il est admis d'une façon générale que la quantité de fer contenue dans le sang d'un homme de 65 kilogrammes est d'environ 3 grammes; cette quantité semble exagérée à grand nombre d'auteurs, notamment à Bunge, qui prétend que l'organisme contient à peine 2 grammes de fer. Quoi qu'il en soit, il y a chaque jour dans l'organisme une déglobulisation partielle, l'hémoglobine perd une partie de son fer, quelques centigrammes, qui sont éliminés normalement par les excreta.

Cette élimination quotidienne qui est, du reste, compensée par le fer, que nous récupérons par les aliments et les boissons, s'exagère dans la chlorose, à tel point que, même dans une chlorose de moyenne intensité, souvent la moitié de la quantité totale du fer a disparu. Il faut donc que le globule rouge, l'hématie fixe à nouveau, cette partie manquante, pour que la guérison puisse s'opérer. Dans ces conditions, l'administration du fer semble indiquée d'une façon absolument formelle; et, depuis longtemps d'ailleurs, on emploie cette substance dans le traitement de la chlorose et de l'anémie; Sydenham la préconisait déjà comme un véritable spécifique.

Presque tout le monde aujourd'hui s'accorde donc à dire, qu'il faut donner du fer aux chlorotiques. Cependant quelques auteurs prétendent qu'il est presque inutile de se servir des sels de fer, soit en injection hypodermique, soit à l'intérieur; car ceux-ci ne sont pas absorbés, ni assimilés; certains expérimentateurs affirment même qu'on les retrouve en nature, presque toujours dans les selles (Hamburger, Schmiedeberg), dans les urines (Becquerel) dans le lait (Levald, Bistrow). Bunge ajoutait au Congrès de médecine internationale de 1895, qu'il ne soutenait pas que le fer ne fût pas absorbé, mais qu'il en doutait; enfin, au Congrès de Munich de cette année, quelques praticiens ont proposé d'abandonner la médication ferrugineuse, pour s'en tenir simplement à la médication hygiénique.

Il est incontestable qu'il n'est pas indifférent d'administrer au hasard telle ou telle préparation ferrugineuse, et qu'il faut donner aux chlorotiques un produit qui soit bien supporté et ne fatigue pas l'estomac, car la dyspepsie est de règle dans la chlorose, et met une entrave sérieuse à la médication martiale.

Nous sommes cependant certains que le fer agit sur l'état du sang, qu'il reconstitue les globules rouges. A l'appui de cette façon de voir, nous ne pouvons mieux faire que de citer l'opinion de Trousseau, qui prétend que le fer est le spécifique de la chlorose, comme le mercure de la syphilis et le quinquina de la fièvre intermittente. C'est, en somme, à ce médicament qu'il faut avoir recours, quand on est en présence d'une chloro-anémie profonde; et le devoir de tout praticien est, dans ce cas, de donner du fer, en accompagnant cette médication d'une hygiène convenable et appropriée : repos, suppression de tout exercice violent, aération, soleil. Les cures d'altitude, les cures d'oxygène ont donné de bons résultats; les douches, les frictions, le massage, l'électricité ont produit des améliorations; mais la guérison ne peut s'obtenir que par l'absorption directe du fer.

Il est donc nécessaire de faire choix d'une préparation ferrugineuse, qui soit assimilable, et qui s'accorde avec la dyspepsie habituelle à toutes les chlorotiques. Les succès obtenus avec le proto-iodure de fer ne se comptent plus; parce que l'iodure de fer est un sel facilement assimilable, et que, d'autre part, l'iode, par son action altérante propre, contribue pour une large part, à reconstituer l'économie tout entière. C'est en effet une combinaison des plus stables, toujours identique à elle-même. Parmi les préparations de proto-iodure de fer, les dragées et le sirop de proto-iodure de fer de Gille, occupent le premier rang, étant inaltérables, à cause de la pureté du sel employé, et très efficaces, parce qu'elles sont facilement digérées et assimilées.

Les mémorables expériences de Claude Bernard, reproduites dans ses Leçons du Collège de France, 17 Février 1852, ont démontré que ce sel répondait à ces conditions; et qu'il était le seul qui se retrouve en nature, peu de temps après l'absorption, dans la plupart des liquides de l'organisme, salive, lait, sueur.

Le *proto-iodure de fer de F. Gille*, soit sous forme de *dragées*, soit sous forme de *sirop*, est une préparation qui offre toutes les garanties exigibles et répond à tous les desiderata de la médication ferrugineuse. L'action profondément modificatrice de ce médicament, se fait sentir sur l'organisme tout entier et a pour conséquence, en quelques jours, tout en relevant l'appétit, de faire revenir le malade à la santé, en lui permettant de reprendre les forces nécessaires à son complet rétablissement.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré

Paris. — L. Marethieux, imprimeur, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment. 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE

SOLUTION TITRÉE DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE

10 Gouttes de cette Solution représentent exactement 1 milligramme de Digitaline.

GRANULES DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE (1 à 2 dans les 24 heures).

Pharmacie COLLAS, 8, Rue Dauphine, PARIS.

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

ANESTHÉSIE LOCALE

et soulagement instantané DE TOUTES LES DOULEURS

Mélange d'Oxyde de Méthyle et de Chlorure d'Ethyle **plus actif que** le Chlorure d'Ethyle pur

FABRIQUÉ PAR LA

SOCIÉTÉ ANONYME DES PRODUITS ANESTHÉSIQUES

28, rue Saint-Lazare. — PARIS

PILULES DULAC *à base d'HYD CANADENSIS &*

Laxatives et décongestives, souveraines contre la Constipation, Hémo Entérites, Métrites, Affections du foie, etc. — DOSE : 1 pilule ava repas, deux ou trois fois par jour.

PHARMACIE GOETZ, Lauréat de l'École supérieure de Pharmac 42, Avenue Montaigne, PARIS, *et toutes les bonnes Pharma*

Marque de Fabrique déposée

LACTO-FER du Dr GISCA

C'est la préparation ferrugineuse par excellen fatigue pas l'estomac et ne constipe jamais. Employée avec le plus grand succès dans maladies qui ont pour cause l'appauvrissement

DOSE : 2 à 8 pilules par jour. — FLACON DE 100 PILULES : 3 FR.

VENTE EN GROS : CHASSEREAU-MENARD, Commissionnaire, 48, Faubg Poissonnière.

GLYCÉRO-PHOSPHATE

ELIXIR à base de GLYCÉROPHOSPHATES de CHAUX et de MAGNÉS Associés à l'ELIXIR de STOUGHTON et au SULFATE

SIROP à base de GLYCÉROPHOSPHATES et de MAGNÉSIE Indispensable à la Thérapeutique

GRANULÉ de GLYCÉROPHOSPHATE neutre et entièrement ass

SOLUTION Injectable de GLYCÉROPHO Maladies de la M rebelles. — Al

PHARMACIE BRUEL, à BÉCON-les-BRUYÈRES (S

et dans toutes les Pharmacies. — Vente en gros : 9 et 11, Rue de la

CHLORO-ANÉMIE · CONVALESCENCE

DRAGÉES DE FER COGNET

PROTOXALATE DE FER & QUASSINE CRISTALLISÉE

LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEU

A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

Comp^ie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetés S. G. D. G.

Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.

HYGIÈNE PUBLIQUE Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.

HYGIÈNE PRIVÉE Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.

Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.

PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQU

Vente en Gros : MM. J. HAYEM et C^ie, *Paris;* A. GRANDJEAN et C^ie, *Reims;* BLIN et BLIN, *Elbeuf,* seuls Concessionnaires

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 grammes de Protoxalate de Une à deux Dragées au déj deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZ

58, Boulevard Saint-Michel, PA

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.